N° 82

DES

BLESSURES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

AU COURS

DES OPÉRATIONS ABDOMINALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1901

PAR

Mlle Marie SERTCHEVSKY

Née à Kalouga (Russie), le 5 juin 1859

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène. . . . . MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
de ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président*.	LAPEYRE, *agrégé*.
PUECH, *professeur*.	VALLOIS, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA SŒUR ET AMIE

A MON AMIE ET A MES CAMARADES

M. SERTCHEVSKY

Le sujet de cette thèse : Des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales, *m'a été inspiré par M. le professeur-agrégé Puech.*

Cette question, très intéressante pour le chirurgien comme pour l'accoucheur, n'a point été étudiée comme elle le mérite et attend encore des observateurs mieux armés et plus expérimentés que moi, qui n'ai fait d'ailleurs que l'effleurer dans ce court et modeste travail.

Très limitée par le temps et les circonstances, j'ai le vif regret de n'avoir pu travailler et approfondir cette question avec plus de méthode et d'après le plan tracé par M. le professeur-agrégé Puech. Je regrette beaucoup de n'avoir pu accomplir l'attente de mon maître bienveillant.

Je le remercie profondément de ses conseils et de ses leçons, qui auront, je l'espère, une haute portée sur mon avenir professionnel ; je les conserverai précieusement et me trouvant dans un petit village lointain

de ma patrie, je tâcherai de les appliquer en pratique dans les cas les plus difficiles et responsables.

J'offre aussi mes respectueux remerciements à M. le professeur Estor pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant de présider la soutenance de cette thèse et aussi pour son habituelle bienveillance, comme pour ses leçons toujours si claires, si précises et si profondément remplies d'observations scientifiques. Je regrette donc de ne pouvoir lui offrir un travail plus documenté et d'une valeur plus considérable.

A la fin de mes études, je tiens aussi à exprimer ma gratitude au Pays comme à la Faculté antique qui me donnèrent la possibilité d'acquérir les connaissances nécessaires pour être utile et pour remplir mes devoirs.

J'offre aussi l'expression de ma reconnaissance à tous mes maîtres de la Faculté de médecine pour leur enseignement, surtout à M. le professeur Grassel, ce maître éminent, dont j'ai eu l'honneur de recevoir les grandes leçons, toujours basées sur la seule vérité scientifique, toujours émaillées de découvertes précieuses et éclairées par l'idée large du grand savant.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à M. le

professeur-agrégé Rauzier. Le souvenir de ses consultations externes à l'Hôpital-Général ne s'effacera jamais de ma mémoire et me servira de lumière et de guide dans ma prochaine profession.

Puis-je exprimer ici ma plus vive gratitude et ma plus sincère sympathie à mes meilleures camarades russes, au milieu desquelles j'ai trouvé tant d'amitié chaleureuse que j'oubliais, par moments, toutes les difficultés de mon séjour dans le pays étranger.

PLAN :

1). Des opérations abdominales pendant la grossesse ;

2). Des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales :

3). Observations ;

4). Conduite à tenir ; Résumé.

DES

BLESSURES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

AU COURS

DES OPÉRATIONS ABDOMINALES

Qui ne fait rien, ne se trompe jamais.

CHAPITRE PREMER

DES OPÉRATIONS ABDOMINALES PENDANT LA GROSSESSE

I

En ces derniers temps et par la vulgarisation de la méthode antiseptique, la chirurgie a fait de grands pas en avant, et les chirurgiens ont entrevu la possibilité de faire des opérations auxquelles ils ne pouvaient pas même penser auparavant.

Grâce à la technique perfectionnée et aux progrès de l'antisepsie, les opérations les plus hardies sont devenues possibles et plus rarement mortelles. Il fut un moment, il faut l'avouer, où l'audace et l'en-

traînement des opérateurs atteignirent à leur apogée. Alors quelques opérations des plus risquées furent faites sans nécessité nette et absolue.

Mais ce temps est passé. En effet, les efforts de la science tendent surtout aujourd'hui soit à la possibilité du traitement médical, soit à la méthode expectative ou aux opérations conservatrices. L'enchantement chirurgical, parvenu jusqu'à « conseiller des expériences sur les vivants », s'est éteint sans retour en laissant après lui les meilleurs procédés et la meilleure technique opératoires. Les élèves sont devenus plus prudents, plus réservés et plus riches en même temps de l'expérience de leurs maîtres.

C'est pourquoi certaines opérations furent abandonnées, et d'autres, au contraire, vulgarisées. Quelques-unes sont devenues même un moyen de traitement, comme *l'opération de Battey* ou *oophorectomie* (l'ablation des deux ovaires) contre les fibromyômes utérins, comme *la laparatomie* dans la péritonite tuberculeuse. La même laparatomie, qui donnait à l'époque préantiseptique des résultats désastreux, sert fréquemment à présent de précieux diagnostic. Elle est connue sous le nom de laparatomie exploratrice dans les tumeurs de la cavité abdominale, par exemple, ou dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Dans ces deux cas, la laparatomie est le plus souvent le premier temps d'une opération consécutive.

Tous ces faits prouvent les grands progrès de la chirurgie et surtout de la technique opératoire.

qui amène la possibilité des opérations, même pendant la grossesse. Nous voyons maintenant, — et ces faits ne sont pas rares, — que les chirurgiens ne s'abstiennent pas et font sur les femmes enceintes des opérations sérieuses et risquées, comme les extirpations des néoplasmes dans la cavité abdominale, les ovariotomies, les résections de l'appendice, jusqu'aux extirpations des fibromes de la paroi même de l'utérus gravide.

Quoique l'association du néoplasme avec la grossesse ne soit pas fréquente, nous pourrions citer pas mal d'observations d'ovariotomies chez les femmes grosses.

A propos de la rareté des cas de néoplasmes compliqués de grossesse, M. Gordes a réuni des matériaux dans la clinique d'A. Martin : sur un total de 330 laparatomies pratiquées depuis le milieu de l'année 1887 jusqu'à la fin de 1899, y compris les grossesses extra-utérines traitées par l'incision abdominale - 13 seulement se rapportent à cette association, soit une proportion de 4 0/0. (Gordes. Schwangerschaft und Neubildung. Zeit. f. geb. u. g. 1890.)

II

Nous trouvons beaucoup de choses intéressantes à propos de l'ovariotomie pendant la grossesse dans la thèse de M. Remy : « De la grossesse compliquée de kystes ovariques ». (Thèse d'agrégation, Paris, 1885).

Cette opération n'a tout d'abord été pratiquée chez la femme enceinte que par erreur de diagnostic, la grossesse étant inconnue.

Ainsi ont opéré, en Angleterre, Spencer Wells, Marion Sims, Pollock, Mason et plusieurs autres.

Ce fut Burd qui fit la première ovariotomie pendant la grossesse, le 15 septembre 1816, sans l'avoir diagnostiquée. La malade avorta deux jours après l'opération.

La première ovariotomie heureuse fut pratiquée par Marion Sims, qui cependant n'aperçut la grossesse que pendant l'opération même. La grossesse ne fut pas interrompue.

Puis Pollock, en 1862, et Spencer Wells, en 1865, opérèrent deux malades sans savoir qu'elles étaient enceintes. Prenant l'utérus pour un kyste, ces deux opérateurs le ponctionnèrent. La malade de Pollock mourut ; la malade de Spencer Wells fut sauvée par l'opération césarienne (ces deux observations seront citées avec les détails connus dans un des chapitres suivants).

En Allemagne, Schrœder faisait, non seulement les ovariotomies pendant la grossesse, mais il ne craignait pas d'énucléer les fibromes de la paroi de la matrice gravide.

En France, les opérations abdominales ne furent pas admises tout de suite pendant la gestation. Longtemps la grossesse fut la contre-indication de l'intervention chirurgicale. Mais, sous l'influence de résultats heureux réunis et publiés à l'étranger, on a commencé à admettre les opérations pendant la

grossesse : d'abord pour le cas de danger absolu ; enfin, actuellement, on peut diviser en deux sortes les indications admises en France : *les indications absolues* pour les dangers pressants (rupture, torsions de kystes, etc.) et *les indications relatives* (échec dans d'autres traitements). [Thèse de Remy].

En 1864, Rafaël Herrera Végas considère la grossèsse comme une contre-indication pour les ovariotomies. En 1867, Planté et Pastowsky pensent de même.

En 1868, Pingaud, dans sa thèse de Strasbourg : « Indications et contre-indications de l'ovariotomie », effleure cette question et n'admet cette opération pendant la grossesse que dans les cas urgents et après la provocation artificielle de l'avortement.

Doumairon, dans sa thèse de la même année (1868, Strasbourg), n'admet l'ovariotomie que lorsque les accidents menacent la gestation et quand on peut craindre des accidents graves ou la mort.

En 1876, M. Verneuil, traitant à la Société de Chirurgie de l'influence des diathèses sur les traumatismes, assimilait la grossesse à un état diathésique : c'était un mauvais terrain, compliquant les plaies ; « aussi, disait-il, n'opérez pas pendant la grossesse ». En effet, il citait des exemples d'opérations minimes, de petites fistules, suivies de mort.

En 1879, M. Duplay conclut « que, dans la grossesse, comme dans l'état de vacuité de l'utérus, l'ovariotomie est un moyen extrême qui ne doit être

employé que lorsque les autres ont échoué ou sont inapplicables » (1).

En 1883, le docteur Cayla, se basant sur les 36 cas d'ovariotomie réunis presque tous à l'étranger, conclut « que l'ovariotomie peut être pratiquée pendant la grossesse sans que celle-ci soit interrompue » (2). Mais il conseille de la pratiquer de bonne heure, autant que possible dans la première moitié de la grossesse.

M. Péan trouve que l'opération est d'autant plus dangereuse qu'elle se rapproche plus de l'utérus et intéresse le territoire irrigué par le sang de la même source et ayant une innervation très intimement liée. C'est pourquoi l'opération peut avoir un effet nuisible sur la grossesse.

Mais elle peut devenir dangereuse aussi par suite d'hémorragies abondantes, causées par la vascularisation extraordinaire développée pendant la gestation dans la zone génitale. Dans ce cas la grossesse influe nuisiblement sur l'opération.

Enfin l'action du froid, au cours de l'opération, peut provoquer l'irritabilité de l'utérus et la contraction musculaire ; c'est pourquoi le travail de l'accouchement peut commencer prématurément et peut finir par l'avortement ou par l'accouchement prématuré.

Mais les résultats heureux de la chirurgie abdomi-

---

(1) Remy, Thèse de Paris, 1885.
(2) *Ibidem.*

nale encouragent les opérateurs, et, en France comme à l'étranger on s'est prononcé enfin en faveur de l'ovariotomie pendant la grossesse. M. Thornton pense même « que la grossesse n'est plus une contre-indication ; elle devient au contraire une véritable indication d'opérer le kyste de l'ovaire ».

M. Cocard, dans sa thèse de doctorat (1896), *Les traitements des kystes des ovaires*, dit : « Ouvrez le ventre si le diagnostic est incertain et si on peut supposer qu'une incision exploratrice peut sauver la malade. La grossesse n'est qu'une raison un peu plus forte d'agir ainsi en cas de doute, *puisqu'il y a deux existences à sauver par l'intervention, deux vies à perdre par l'abstention* ».

M. le Dr Otto Engstrom, professeur-agrégé à Helsingfors, dans son article *De l'ovariotomie pendant la grossesse*, demande « si une ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte serait plus dangereuse que sur une autre », et trouve que l'expérience a prouvé que le danger n'est pas plus grand. De plus, on a beaucoup craint que l'opération ne provoquât l'accouchement. Mais même les craintes à cet égard se sont montrées superflues, si l'on pense, du moins, qu'une tumeur ovarique peut déjà le provoquer par elle-même.

Le nombre des ovariotomies pratiquées pendant la grossesse n'est pas très considérable, mais il paraît aller en croissant. Ainsi, en 1877, R. Olshaussen ne put réunir que 14 cas; en 1886 ce chiffre s'était élevé à 82 cas, répartis entre 11 opérateurs. Il n'y a que des opérateurs particuliers qui aient fait cette opéra-

tion pendant la grossesse une ou plusieurs fois. Parmi eux Olshausen cite T. Spencer Wells qui en a fait 10 ; Lawson Tait, 11 ; Schroeder, 12 ; Otto Engstrom, 7 et Olshaussen lui-même en a fait 8. Sur les 82 cas d'ovariotomie pendant la grossesse, recueillis par Olshaussen, 74 furent couronnés de succès, ce qui donne une mortalité de 9,75 °/₀. Mais, parmi ces cas de mort, il y en a qui appartiennent à l'époque où les antiseptiques n'étaient pas encore en usage. *Dans un de ces cas l'utérus fut pris pour un kyste et ponctionné,* et dans un autre cas mortel, l'ovariotomie fut entreprise pendant l'agonie (torsion du pédicule).

Au V[e] Congrès des médecins russes, dans la section de gynécologie et d'obstétrique, M. Gordon rapporte 5 cas d'ovariotomie faite au cours de la grossesse par le professeur Lebedeff. Dans un cas il s'agissait de kystes dermoïdes bilatéraux ; dans le second d'un kyste interligamenteux ; dans deux autres de kystes monoloculaires ; enfin dans le cinquième d'un kyste multiloculaire. Les cinq cas se sont terminés par la guérison. Quant à la grossesse, dans trois cas, il y eut avortement du 5[e] au 15[e] jour de l'intervention. Dans les autres la grossesse a évolué normalement et l'accouchement s'est fait à terme.

L'auteur donne ensuite la statistique des opérations semblables faites en Russie, statistique très loin d'être complète, comme on peut le conclure des discussions qui suivirent ce rapport : — Sur 204 cas 21 n'ont pu être suivis au point de vue de l'évolution de la grossesse ; 7 *cas de blessure de l'utérus, dont*

deux mortels. Sur les autres 176, 164 guérisons complètes avec continuation de la grossesse chez 122 et 12 cas de mort (Vratch, 1894).

Dans sa thèse de doctorat (St-Pétersbourg, 1894) « *Ovariotomie et Grossesse* », M. Gordon a conclu que les résultats les plus favorables pour la mère et l'enfant s'obtiennent, quand on opère dans la première moitié de la grossesse. Grâce à l'antisepsie et au perfectionnement du procédé opératoire, la statistique de mortalité et de l'interruption de la grossesse donne des nombres de plus en plus faibles. Ainsi, de 1846 à 1872, la mortalité était de 20 %; l'interruption de la grossesse de 45 %. De 1874 à 1883, la mortalité est tombée à 10 %; l'interruption de la grossesse, à 37 %. Enfin de 1884 à 1893, la mortalité n'est que de 2,38 %; l'avortement et l'accouchement prématuré de 14 à 17 %.

III

A la Société obstétricale et gynécologique de Paris (séance du 12 octobre 1893), M. Paquy rapporte deux observations de cancer de l'utérus chez les femmes enceintes. Une observation est intéressante sur ces deux opérations (curettage) faites sur le col envahi de néoplasmes, la première pendant le 1me mois de la grossesse, la seconde au bout du 7me. Les deux opérations, bien qu'elles aient porté sur le col de l'utérus, qui a été enlevé en

partie, n'ont pas provoqué l'avortement. De plus l'accouchement a été rapide, la durée totale du travail a été de 6 h. 3/4.

Dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (n° 2, 1899) nous trouvons un extrait de l'article de S. Marx : « De l'appendicite compliquant la grossesse et la puerpéralité. »

Ce travail est basé sur cinq observations personnelles. L'auteur pense que l'appendicite n'est pas très rare chez les femmes enceintes. De plus il voit une prédisposition de cet état physiologique à la manifestation de l'appendicite. La congestion extraordinaire des organes génitaux réagit certainement sur l'intestin, en provoquant une stase dans la circulation intestinale, la parésie et la constipation fréquente. Il est facile de comprendre que cela peut influer sur la production de cette affection. Le diagnostic est très difficile et s'accroît au cours d'une grossesse. La difficulté est d'autant plus grande que l'appendicite peut être masquée par la présence d'une annexite : la coincidence de ces deux affections est très fréquente et ne peut être une contre-indication pour l'intervention ; car, dans le cas d'urgence, il importe peu que le pus soit dans l'appendice ou dans la trompe.

Des cinq observations recueillies dans cet article, dans une seulement la malade avorta vingt-huit heures après l'intèrvention et succomba de péritonite généralisée. Les quatre autres cas se sont terminés par la guérison. Dans deux cas l'opération fut pratiquée quelques semaines après la délivrance et après plusieurs attaques d'appendicite ; une de ces deux

malades, enceinte de deux mois et demi, fut opérée pour kyste dermoïde suppuré. Dans le quatrième cas, « l'opération eut lieu au quatrième mois de la grossesse et les suites furent exemptes de toute complication. Accouchement à terme. Guérison parfaite ». La cinquième observation est très intéressante. Chez cette malade on a fait deux opérations : au septième mois de la grossesse, une ovariotomie unilatérale droite, par suite d'un abcès, limité par les annexes droites et l'intestin. Vingt-quatre heures après l'opération, déclaration du travail et l'accouchement prématuré à l'aide de forceps. Elimination spontanée de l'appendice ; persistance de troubles infectieux graves. Nouvelle intervention ; constatation de la péritonite généralisée ; drainage de la grande cavité péritonéale et de la plaie du côté droit. Guérison après l'oblitération spontanée de la fistule stercorale au niveau du cœcum.

IV

Enfin, je demande l'autorisation de dire quelques mots à propos de l'ablation de fibro-myômes pendant la grossesse et de citer deux observations intéressantes. Cela me servira de transition opportune au sujet même de ma thèse.

Le rapporteur d'une observation, M. Ter-Mikaelianz cite ces conclusions : « La mortalité des mères est plus grande dans le traitement expectatif ; la mortalité des enfants est égale. L'avortement arti-

ficiel est dangereux ; si la tumeur est pédiculée : ablation par laparatomie ; si elle est intra-ligamentaire, mieux vaut le plus tôt possible l'opération de Porro. Les myômes du col pourront, pendant la grossesse, être opérés par le vagin. Si l'on attend le terme de la grossesse pour pratiquer l'opération césarienne, on aura une mortalité plus grande que dans l'opération de Porro dans la première moitié de la grossesse.

L'observation de M. Ter-Mikaelianz est la suivante : Opération par M. Phénoménoff, le 24 août 1890, chez une femme de 31 ans, enceinte de cinq mois ; quatre mois avant, tumeur du volume d'un œuf d'oie, très dure, mais très mobile et grossissant très vite. Myôme sous-séreux pédiculé. Commencement des symptômes d'incarcération. Laparatomie : la tumeur est extraite par une petite incision, trois sutures au fil de soie sur le pédicule et ablation ; le moignon est d'ailleurs couvert par une suture séro-séreuse. Comme la malade avait en même temps une hernie ombilicale, avivement des bords de la hernie et suture pour la guérir radicalement. Guérison prompte ; la grossesse atteint le terme sans complications quelconques (Ter-Mikaelianz. Coïncidence des myômes avec la grossesse. Vratch, 1892).

Une autre observation : Une femme de 33 ans, primipare, grossesse de trois mois, tumeur fibreuse du volume d'une tête d'enfant ; entre à la clinique le 28 juillet 1890. Dernières règles au commencement de mai. Laparatomie. Enucléation du myôme qui présente une large base. Suture perdue de la cavité

au catgut et du revêtement péritonéal à la soie fine. Guérison.

Le 17 février 1891, par conséquent au terme normal de la grossesse, accouchement naturel d'un enfant vivant. (Fleisahlen (Berlin). *Myômotomie pendant la grossesse.* Centbl. et Gynaeck., n° 10, 1892).

CHAPITRE II

DES BLESSURES DE L'UTÉRUS GRAVIDE AU COURS DES OPÉRATIONS ABDOMINALES

I

En examinant, même si incomplètement cette question importante et intéressante au plus haut degré des opérations abdominales pendant la grossesse, nous avons déjà rencontré des cas de blessures de l'utérus gravide.

Quand les chirurgiens s'abstenaient d'opérer les femmes enceintes, ces blessures paraissaient être plus fréquentes, parce qu'elles étaient traitées par erreur, par mégarde, la grossesse n'ayant pas été diagnostiquée.

Plus tard, quand les opérations abdominales au cours de la grossesse ont commencé à être considérées possibles, les erreurs de diagnostic n'en ont pas moins quelquefois existé. Et la possibilité de la blessure est d'autant plus grande que l'opération est plus compliquée et laborieuse. Comme on peut en juger d'après les observations qu'il m'est arrivé de

réunir, les ponctions des kystes ovariques produisent le plus grand nombre de blessures.

Au point de vue général, on peut diviser les lésions traumatiques de l'utérus en deux grandes classes : *a*) les lésions produites par les agents extérieurs et *b*) les lésions causées par l'accouchement.

Eliminons tout à fait ces dernières, parce qu'elles n'entrent pas dans les bornes de notre sujet ; mais nous nous occuperons entièrement des premières, qui peuvent être produites accidentellement ou par but criminel. Les lésions accidentelles peuvent être causées par les coups, chute, les divers instruments et les armes à feu ou, enfin, par les instruments opératoires produisant des blessures au cours des interventions chirurgicales.

Les lésions de l'utérus peuvent être encore produites dans l'état de vacuité ou dans l'état de gestation. Elles peuvent être produites de dehors en dedans ou vice-versa.

II

Dans l'état de vacuité, l'utérus est presque inabordable parce qu'il est parfaitement protégé par la ceinture pelvienne. C'est pourquoi les blessures de l'utérus produites de dehors en dedans par les agents extérieurs sont très rares. Du moins il n'y en a aucun exemple dans la littérature chirurgicale, même dans l'état de gravidité, au cours des deux premiers

mois, c'est-à-dire quand l'utérus n'est pas encore dans la cavité abdominale.

Messieurs les professeurs Estor et Puech, dans leur article très intéressant et très documenté : « Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide » n'ont pu découvrir qu'un seul cas de blessure, pendant le troisième mois de grossesse. Et seulement à partir du troisième mois les lésions deviennent de plus en plus fréquentes.

Les lésions de l'utérus, produites de dedans en dehors, sont possibles dans l'état de vacuité comme dans l'état de gestation et dans des manœuvres criminelles faites pour l'avortement artificiel. Ces lésions sont accidentelles et peuvent être causées au cours des interventions chirurgicales, faites dans un but thérapeutique par la curette, l'hystéromètre ou par un instrument pendant l'ablation du polype fibreux.

Le curettage est indiqué, dans les maladies inflammatoires de l'utérus — endométrites – ou dans les cas de rétention des débris placentaires, après l'avortement et dans les suites de couches. Dans tous ces cas le parenchyme utérin se trouve dans l'état de ramollissement extrême, d'amincissement des parois et de dégénérescence. Dans ces conditions on peut traverser la paroi utérine, en manœuvrant le plus doucement possible. Lorsque l'utérus se trouve dans l'état normal et que ses parois ont la consistance ordinaire, la perforation est presque impossible.

En général, les perforations n'amènent pas d'acci-

dents sérieux. Dupuy (thèse de Paris, 1874) en rapporte dans sa thèse 17 cas, tous avec une heureuse issue, quoique depuis on ait eu à publier aussi quelques accidents.

Tuttle a communiqué à la Société gynécologique de New-York un cas de perforation de l'utérus septique par la curette ; la malade a succombé malgré la laparatomie (Cent. für Gynaek, 1891). Dans un cas de Hofmann, la laparatomie suivie de la suture de la perforation a sauvé la malade (Philadelphia obst. society, 1890).

Gebhard a publié un cas extraordinaire, où la perforation a été causée par une douche intra-utérine (Zeit. für Geb. und Gyn, t. XXI).

Les perforations par l'hystéromètre sont presque tout à fait inoffensives et guérissent simplement par le repos au lit et par l'abstention de toute intervention immédiate. Les lésions produites pendant l'ablation des polypes fibreux ont quelquefois un dénouement funeste ou amènent des opérations sérieuses. Dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et P. Reclus, nous trouvons deux cas. Dans un — Werth a fait immédiatement l'hystérectomie vaginale ; dans un autre — Saenger a fait la laparatomie et la suture de la plaie ; sa malade a guéri.

III

Dans l'état de gestation, les lésions produites par des agents extérieurs nous présentent deux groupes : 1° les ruptures traumatiques ; 2° les plaies proprement dites. Les ruptures traumatiques se produisent sous l'influence d'un coup violent sur l'abdomen ou par suite d'une chute et présentent une déchirure, un éclatement de la paroi utérine sans plaie extérieure. Les ruptures complètes sont toujours sérieuses et accompagnées d'hémorrhagies graves, le plus souvent mortelles.

Elles peuvent êtres spontanées, sans l'action d'aucune force extérieure, quand les parois utérines sont très distendues et amincies : ces dernières se rompent alors sous l'influence de leurs propres contractions. Cela arrive quelquefois aussi en dehors de la gravidité, lorsque l'utérus est distendu par des polypes fibreux.

Abordant maintenant la question des plaies proprement dites, je suis prête à renoncer à la solution de ce problème, tant cette question a été examinée clairement dans l'article de mes chers Maîtres MM. Estor et Puech : « Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. »

Certes, je n'ai rien à y ajouter, mais j'ai la hardiesse de profiter des faits qui y sont réunis en abondance et des conclusions qui en sont déduites pour mieux

expliquer et approfondir mon propre sujet : « Des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales. »

Les plaies de l'utérus gravide peuvent être incomplètes, complètes et compliquées. Les premières, contrairement aux plaies produites de dedans en dehors, sont le plus souvent incomplètes externes, c'est-à-dire qu'elles commencent par la face séreuse et n'intéressent que le péritoine et les couches musculaires superficielles. Dans la plupart des cas elles ne sont pas graves. Les plaies complètes sont les plaies pénétrantes dans la cavité utérine et entravent toute l'épaisseur de la paroi de l'organe. L'agent vulnérant venu de l'extérieur peut atteindre ou non le fœtus. Quoiqu'il soit assez difficile de se représenter qu'un instrument, en pénétrant dans l'utérus, laisse indemnes non seulement le fœtus, mais même les membranes (1 cas), nous trouvons plusieurs observations (17) dans l'article « des plaies pénétrantes de l'utérus gravide », où il n'y a aucune mention de lésion fœtale. Dans l'observation IX, par exemple, M. Geissler note « que l'enfant, sorti par la déchirure gastro-utérine et tombé sur le sol, fut trouvé couvert de sang et de boue, mais exempt de toute blessure. »

Les autres observations (22), au contraire, nous montrent les graves lésions traumatiques de fœtus. Dans l'observation XII « l'enfant fut embroché par la corne, lancé à une distance de 20 mètres et tué sur le coup. »

Les plaies compliquées sont celles qui s'accompa-

gnent de lésions des autres viscères et sont le plus souvent le résultat de grands traumatismes. Par cela même elles sont plus sérieuses et exposent davantage à des résultats funestes.

IV

Enfin les plaies de l'utérus gravide peuvent être divisées en deux grands groupes : *a)* les plaies produites par les agents extérieurs dans un but criminel ou par de mauvais traitements, ou par des coups de corne d'animal, au milieu des conditions accidentelles, favorables à la contamination des blessures ; *b)* les plaies produites par les instruments opératoires pendant les opérations abdominales.

Comme je l'ai déjà remarqué plus haut, les plaies de l'utérus gravide ne se rencontrent pas avant le troisième mois de la grossesse, quand l'utérus ne monte pas encore au-dessus du détroit supérieur et deviennent de plus en plus fréquentes, en s'approchant du terme de la grossesse.

Je ne puis passer sous silence le petit tableau statistique fait selon les 40 observations réunies dans le travail de MM. Estor et Puech. Ce tableau nous présente la distribution des cas et la mortalité suivant la nature des facteurs vulnérants :

	Nombre des cas	Morts	Guérisons	Mortalité pour 100
Instruments piquants .	6	2	4	33
Instruments tranchants	11	2	9	18,18
Coups de corne . . .	13	4	9	30,7
Armes à feu	10	1	9	10
Total. . . .	40	9	31	22,5

Il m'est arrivé de réunir 14 observations concernant des blessures de l'utérus gravide au cours des opérations abdominales. 10 d'entre elles furent déjà recueillies par M. le docteur Remy dans sa thèse *De la grossesse compliquée de kyste ovarique* (1).

J'ai pris dans la thèse de Cocard : *Les traitements des kystes des ovaires* (2), une observation de Richardson à ce sujet et j'ai recueilli les trois autres dans des journaux gynécologiques et chirurgicaux.

Si nous jetons un coup d'œil sur le tableau graphique des observations qu'on verra plus bas, nous serons frappés d'une chose : que la grossesse resta méconnue dans la plupart des cas, notamment dans 9 observations ; dans deux cas, nous n'avons pas de mention à cet égard ; dans une observation, la grossesse était en doute et dans deux autres seulement la grossesse fut diagnostiquée avant l'intervention chirurgicale. Dans 8 observations, où nous sommes renseignés à propos de l'âge de la grossesse, l'opération

(1) Remy. — Thèse d'agrégation de Paris, 1885.
(2) Cocard. — Thèse de Paris, 1896.

n'avait pas été pratiquée avant le quatrième mois de celle-ci.

Et cette opération, toujours la laparatomie, ne fut décidée que par suite des tumeurs proposées des ovaires, les kystes ovariques dans la plupart des cas.

Quant à la nature de la lésion de l'organe, nous trouvons dans 11 observations la ponction de l'utérus faite par erreur, la matrice ayant été prise pour le kyste de l'ovaire. Dans un cas, on fit une incision et dans deux cas on a noté très vaguement : blessure et plaie.

Mais la question la plus intéressante consiste dans la conduite à tenir par les opérateurs. J'en parlerai avec plus de détails lorsque j'aborderai la question du traitement des blessures utérines. A présent, je dirai seulement que, sur 14 cas, il y avait cinq sutures, quatre opérations césariennes, deux opérations de Porro et trois hystérectomies.

La mortalité se trouve dans les rapports suivants avec la conduite à tenir :

5 Sutures donnaient	3 guéris.	et	2 morts
4 Opérations césariennes. . .	4	—	—
2 Opérations de Porro	2	—	—
3 Hystérectomies.	2	—	(3me résultat inconnu)
14 Cas donnaient.	11	—	et 2 morts.

C'est bien dommage que nous ne soyons pas mieux renseignés dans les cas précités sur la continuation de la grossesse. Nous connaissons seulement qu'elle eut lieu dans deux cas de suture. Mais il est

vrai que deux cas de mort coïncidèrent aussi avec des sutures.

Voilà presque tout, me semble-t-il, ce qu'on peut déduire de l'aperçu de mes observations.

Malheureusement, les conditions dans lesquelles on a opéré sont restées dans la plupart des cas inconnues et les observations sont si brèves et les renseignements si incomplets, qu'il est très difficile de tirer des conclusions bien précises.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

I. — Observation de M. Chiara.

XI

XIe Congrès général tenu à Pérouse, du 14 au 19 novembre 1885. — *Ann. de Gynécologie*, t. XXIV)

M. Chiara, de Florence, communique le fait suivant : il a eu à traiter une femme de 34 ans, secondipare, qui portait une volumineuse tumeur abdominale, survenue depuis quatre mois environ.

Cette tumeur était bilobée ; le lobe gauche, qui était inférieur, avait le volume d'une orange et était fluctuant ; le lobe droit, moins fluctuant, allait jusqu'à l'hypochondre, se confondait avec l'utérus dont le col était petit ; il y avait, en outre, une aménorrhée incomplète. Il soupçonna d'abord une grossesse, mais, renonçant à cette idée, il pratiqua une ponction du lobe gauche de la tumeur. Un écoulement d'un liquide peu albumineux, dont la densité était de 1004, se produisit. Une seconde ponction fit évacuer un liquide rouge et colloïde. Il diagnostiqua alors un cystosarcome et se décida à une opération chirurgicale. Il fit la laparatomie, puis il ponctionna la

tumeur qui rendit un *liquide louche ;* mais *son instrument buta contre un corps solide,* qui n'était autre chose que *la tête d'un fœtus.* Il enleva ensuite l'autre tumeur qui renfermait un liquide couleur de chocolat ; enfin, *il sutura l'utérus.* L'accouchement se fit plus tard (?) dans des conditions normales ; quant à l'opération, elle avait réussi.

M. Chiara insiste sur sa communication, à cause de la reproduction du liquide amniotique et de l'innocuité de la suture utérine.

II. — Observation de M. Pollock

(Prise dans la thèse de M. Remy. Paris, 1885. — *The Lancet,* 1862, vol. II)

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. *Grossesse non diagnostiquée.* Accès de suffocation. Ponction. Cinq semaines plus tard, le 28 août 1862, ovariotomie vers le 4e-6e mois. *Ponction de l'utérus. Suture avec fil d'argent.* Avortement le jour même. *Mort deux jours après.*

III. — Observation d'Erskine Mason

Prise dans la thèse de M. Remy. Paris, 1885. — *Centr. f. Gyn.,* 1878 et le *Mouv. Médic.,* 1878).

Grand *kyste de l'ovaire. Ponction de l'utérus. Sutures au catgut.* Avortement le même jour. Meurt 18 heures après.

IV. — Observation de C. C. Lée

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Ann. de Gyn.*, t. XX).

Ponction de l'utérus. Sutures. Cinq semaines après, hémorragie. *Accouchement forcé* par le Dr Hancks

V. — Observation de Sp. Wells

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Obst. transact.*, vol. XI).

Kyste de 14 kilogr. placé devant l'utérus. 24 ans. *Grossesse non diagnostiquée.* Ovariotomie, août 1885, au 4e-5e mois. *L'utérus est ponctionné. Opération césarienne.* Clamp.

VI. — Observation de Th. Hillas

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1876).

24 ans. Grossesse non diagnostiquée. Deux kystes. Ovariotomie le 13 juillet au 8e mois. *Incision* de l'utérus. Section césarienne. Clamp.

VII. — Observation de Lambert

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *The Lancet*, 1879, vol. II).

19 ans. *Ponction, grossesse méconnue.* Tumeur monokystique. Un mois après, le 15 janvier 1876, ovariotomie. *Ponction de l'utérus. Opération césarienne. Guérison.*

VIII. — Observation de Byford

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1870).

Kyste uniloculaire. *Grossesse non diagnostiquée.* Ovariotomie à 6 mois 1/2. *Ponction de l'utérus. Opération césarienne, Guérison.*

IX. — Observation de Fortescue

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Australas m. Gaz. Sydney*)

Tumeur de l'ovaire, kyste compliqué de grossesse. Ovariotomie. *Ponction accidentelle de l'utérus.* Ablation de l'utérus par l'*opération de Porro. Rétablissement.*

X. — Observation de M. Moorhof

(Prise dans la thèse de M. Remy. — *Viener med. Vochensch.*, 1881).

Kyste de l'ovaire. *Grossesse à mi-terme.* Ovariotomie. *Blessure de l'utérus. Amputation. Guérison.*

XI. — Observation de Richardson

(Prise dans la thèse de M. Cocard. Paris, 1896. — *Ann. de Gyn.*, 1892).

Kyste de l'ovaire droit. *Grossesse de 4 mois méconnue. Ponction* de l'utérus gravide. Ovariotomie. *Continuation de la grossesse.*

L'auteur, croyant ponctionner un kyste de l'ovaire,

ponctionne un utérus gravide de quatre mois environ. Il s'écoula une bonne quantité de sang et *il fallut fermer cette plaie utérine à l'aide de quatre points de suture au catgut*. Mais il existait en même temps un kyste développé au-dessus de l'ovaire droit à long pédicule, qui fut enlevé facilement. La malade a guéri parfaitement, et la grossesse a continué à évoluer normalement.

XII. — Observation de Martin

(Communiquée à la Société de Gynéc. et d'Obst. de Berlin. Séance du 13 décembre 1889. — *Répertoire universel d'Obst. et de Gyn.*, 1890).

Utérus gravide enlevé par la laparatomie à cause d'une tumeur.

La malade avait déjà subi une laparatomie, un an auparavant. Bientôt une nouvelle tumeur de la grosseur du poing, d'abord, se développa, mais, en six semaines, elle devint de la grosseur d'un utérus gravide de 7 mois. La grossesse, néanmoins, était probable. La tumeur siégeait à gauche, était en étroite connexion avec l'utérus et pénétrait avec lui, profondément, dans le petit bassin.

Des complications graves étaient à prévoir au moment de l'accouchement. Laparatomie. Enucléation du kyste qui siège dans le ligament large gauche. *Les couches musculaires profondes du corps de l'utérus sont atteintes par l'énucléation.* La conservation de la grossesse semble impossible (?). *Ablation de l'utérus. Guérison simple.* A la coupe, on constate

un hématome rétro placentaire ; l'époque de sa formation reste douteuse. Grossesse de quatre mois.

XIII. — Observation d'Auguste Reverdin (de Genève)

(Communiquée à la Société de Chirurgie. Séance du 28 février 1894. *Répertoire universel d'Obst. et de Gyn.*, 1894).

Kyste ovarique. Ablation. Grossesse consécutive. Hystérectomie abdominale.

L'A. adresse l'observation d'une femme de 24 ans atteinte d'un kyste ovarique, qui fut opérée avec succès. 19 mois après, cette malade s'aperçut que son ventre grossissait rapidement. Croyant avoir affaire à un nouveau kyste, M. Reverdin fit une seconde laparatomie, le 13 juillet 1893. Il tombe sur les adhérences intestinales et ouvrit l'intestin. La déchirure intestinale étant assez considérable, il dut faire la résection de 12 centimètres d'intestin grèle. Il sutura les deux bouts de l'intestin et le réduisit. Il cherche alors à attirer la tumeur au dehors. Pour faciliter cette manœuvre, il fit *une ponction* qui donna issue à un liquide louche. Bientôt apparut un cordon ombilical. On se trouvait donc en présence d'un utérus gravide qui avait été ouvert et qui contenait un fœtus de 4 mois 1/2. M. Reverdin se décida alors à enlever la matrice avec le seul ovaire qui restait et qui était suppuré. Moins de trois semaines après, la malade était complètement guérie.

M. Reverdin fait suivre cette observation de quelques réflexions ayant pour but d'expliquer l'erreur de diagnostic qui a été commise dans ce cas.

XIV. — Observation de Nové-Josserand

(Communiquée à la Société des Sciences médicales de Lyon. Séance du 5 juillet 1893. *Gaz. des Hôp. de Toulouse, 1893*).

Fibrome utérin. Gravidité. Hystérectomie.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, tuberculeuse depuis un an, présentant au sommet droit des signes de ramollissement. Au mois de décembre avait apparu une petite tumeur abdominale, qui en février s'était accrue énormément.

Les forces étaient très diminuées, les vomissements fréquents, le teint très cachectique. De plus la malade accusait de violentes douleurs abdominales qui empêchaient le sommeil. Les règles, irrégulières, n'avaient pas reparu depuis 3 mois. Dans la région hypogastrique on percevait une volumineuse tumeur s'étendant de l'ombilic au pubis et occupant tout l'espace compris entre les deux épines iliaques. Cette tumeur paraissait mobile et fluctuante. Le col de l'utérus était élevé et fixé.

En raison de la persistance des douleurs et de la cachexie progressive, M. Fochier fit le diagnostic de tumeur maligne des ovaires. Il pratique une laparatomie médiane, puis *une ponction de la tumeur ;* il s'écoule un liquide citrin qui n'était autre chose que le *liquide amniotique.* Il se décide alors à une *hystérectomie totale.* L'utérus enlevé, on s'est alors aperçu qu'il contenait un fœtus de quatre mois avec des *fibromes nombreux et volumineux.*

Cette observation présente de l'intérêt à cause de la dificulté du diagnostic et aussi à cause de la résistance à une hystérectomie abdominale totale d'une malade très cachectique, qui n'a présenté aucun phénomène de shock.

Tableau graphiqu

OBSERVATIONS	DIAGNOSTIC	AGE de la GROSSESSE	OPÉRATION
I. De Chiara.	Cystosarcome. Grossesse *méconnue.*	?	Laparatomi
II. De Pollock	Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Grossesse *méconnue.*	4e-5e mois.	Ovariotomie
III. D'Erskine Mason	Gr. kyste de l'ovaire.	?	Laparatomi
IV. De C. C. Lée.	?	?	?
V. De Sp. Wells.	Kyste de 14 kilos. Grossesse *méconnue.*	?	Ovariotomie
VI. De Th. Hillas.	Deux kystes. Grossesse *méconnue.*	8e mois.	Ovariotomi
VII. De Lambert.	Tumeur monokystique. Grossesse *méconnue.*	?	Ovariotomie
VIII. De Byford.	Kyste uniloculaire. Grossesse *méconnue.*	6 mois 1/2.	Ovariotomi
IX. De Fortescue.	Tumeur de l'ovaire. Grossesse *diagnostiquée.*	?	Ovariotomie
X. de M. Moorhof.	Kyste de l'ovaire. Grossesse *diagnostiquée.*	4 mois 1/2.	Ovariotomi
XI. De Richardson.	Kyste de l'ovaire. Grossesse *méconnue.*	4 mois.	Ovariotomi
XII. De Martin.	Kyste du ligament large. Grossesse *pro' able.*	4 mois.	Laparatomi Enucléat. du ky
XIII. De Reverdin.	Kyste ovarique. Grossesse *méconnue.*	4 mois 1/2	Laparatomi
XIV. De Nové-Josserand.	Tumeur maligne de l'ovaire. Grossesse *méconnue.*	4 mois	Laparatomi

des Observations

LÉSIONS DE L'UTÉRUS	TRAITEMENT	RÉSULTAT
Ponction de l'utérus. Lésion de fœtus.	Suture.	Guérison et accouchement à terme.
Ponction.	Suture au fil d'argent.	Avortement et *mort.*
Ponction.	Suture au catgut.	Avortement et *mort*
Ponction.	Sutures.	Accouchement forcé.
Ponction.	Opération césarienne.	Guérison.
Incision.	Section césarienne.	Guérison.
Ponction.	Opération césarienne.	Guérison.
Ponction.	Opération césarienne.	Guérison.
Ponction.	Opération de Porro.	Guérison.
Blessure de l'utérus.	Amputation.	Guérison.
Ponction.	Suture au catgut.	Guérison.
Plaie incomplète intéressant les couches muscul. profondes.	Ablation de l'utérus.	Guérison et continuation de la grossesse.
Lésion de l'intestin. Ponction de l'utérus.	Ablation de l'utérus avec l'ovaire suppuré.	Guérison.
Ponction.	Hystérectomie.	?

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR

I

Bien qu'il nous manque, dans la majorité des cas, des renseignements détaillés sur les opérations au cours desquelles se produisaient les blessures de l'utérus, et sur les interventions chirurgicales par lesquelles les opérateurs voulaient remédier au mal, nous tâcherons néanmoins, plutôt théoriquement, de prévoir toutes les conditions possibles qui influent nuisiblement sur la grossesse et l'état des malades, et de trouver les meilleurs moyens à employer dans le cas donné.

Ces réflexions et quelques conclusions déduites d'un court aperçu de nos cas, nous serviront et nous aideront à choisir la meilleure conduite à tenir. Nous profiterons aussi des données antérieures déduites de cas analogues à ceux que nous avons en présence. Ne connaissant pas les motifs qui ont fait agir les opérateurs de telle ou telle façon dans nos 14 observations, nous essayerons du moins d'apprendre com-

ment agissent les chirurgiens pendant les ruptures de l'utérus ou les ablations des myômes des parois utérines, enfin dans les plaies accidentelles de la matrice.

J'espère qu'un examen attentif et une étude minutieuse de tous les détails et de toutes les causes possibles d'accidents complèteront et compenseront le petit nombre de cas, le manque de précision et le défaut de documents des observations citées. Tout d'abord regardons ce qu'on doit faire pour éviter les blessures de l'utérus. C'est ce qu'on peut nommer la *conduite prophylactique à tenir*.

Nos 14 observations nous montrent que presque dans tous les cas l'utérus fut ponctionné par erreur, parce qu'on ne soupçonnait même pas la grossesse.

C'est la première conclusion : chez une femme jeune, en pleine activité génitale, il faut être bien prudent à cet égard et il ne faut éliminer l'hypothèse de la grossesse qu'en l'absence de tous les symptômes. Mais comme avant le 4me mois les signes de certitude font toujours défaut, l'erreur est souvent possible dans la première moitié de la grossesse.

Le seul conseil qu'on puisse donner dans ce cas, c'est la prudence.

Nous avons vu aussi, dans l'aperçu de nos observations, que la blessure de l'utérus provenait toutes les fois de la ponction. En présence des symptômes de la tumeur fluctuante on a toujours une tendance, avant de se décider à une opération plus sérieuse, de ponctionner la tumeur, d'autant plus que la

ponction peut servir comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement.

Cela se comprend très bien, mais on s'expose ainsi à blesser par mégarde la matrice gravide. C'est pourquoi beaucoup d'auteurs conseillent de s'abstenir de la ponction des tumeurs chez les femmes grosses et d'avoir recours à l'ovariotomie.

Le Dr Otto Engstrom (1) dit à ce propos : « La ponction n'est pourtant pas (contrairement à ce qui est généralement admis) une opération tout à fait exempte de danger. » Elle expose à blesser les organes voisins : les intestins, la vessie ou l'utérus, et « l'évacuation du contenu du kyste ne paraît pas avoir toujours pu éloigner le danger d'un accouchement prématuré. Elle ne peut être utile que dans le cas d'un kyste uniloculaire à contenu liquide ou pour l'évacuation d'une des poches d'un kyste multiloculaire. La tumeur subsiste souvent après la ponction, et une nouvelle ponction sera peut-être nécessaire avant la fin de la grossesse. »

Je ne suis pas absolument d'accord avec le professeur-agrégé de Helsingfors et avec ceux qui préfèrent l'ovariotomie à la ponction. Pourquoi faire une opération sérieuse, qui amène une sorte de mutilation de la malade avant toute tentative d'opération simple, presque inoffensive et parfaitement efficace, contre les kystes uniloculaires du moins ? Je pense

(1) De l'ovariotomie pendant la grossesse. — Otto Engstrom Annales de gynécologie. 1890.

que la grossesse n'est pas une contre-indication pour la ponction ; il faut être seulement prudent, une fois encore, en présence de cette complication.

D'après l'opinion de Gueniot (1) on peut opérer avec succès les femmes enceintes dans les trois conditions suivantes : quand on a affaire à une *femme saine* avec un *utérus sain* et un *produit sain* — la femme saine, c'est-à-dire ne présentant aucun trouble dans ses grandes fonctions ; l'utérus sain, c'est-à-dire pas trop irritable ; le produit sain, parce que toute maladie de l'œuf rend l'utérus irritable.

Mais comment être suffisamment édifié sur le degré d'irritabilité de l'utérus et sur la parfaite intégrité de l'œuf ? Comment opérer en toute sécurité au point de vue de la conservation de la grossesse ? « Je pense, répond Gueniot, que souvent, très souvent, la prudence commande de différer les opérations jusqu'après l'accouchement. » Il a parfaitement raison quand il s'agit de l'ablation de végétations vulvaires et vaginales ; mais l'expectation est souvent inexécutable dans les cas d'urgence, torsion de pédicule d'un kyste, par exemple.

Ce qu'il est nécessaire d'éviter, au cours des opérations, c'est tout ce qui peut provoquer l'irritabilité de l'utérus, comme son refroidissement et l'hémorragie abondante.

Le docteur Otto Engstrom a remarqué, pendant

---

(1) Séance de la Société obst. et gynéc. de Paris, 12 octobre 1893. (Répertoire univers. d'obst. et de gynéc.)

des expériences sur des bêtes pleines, avec quelle facilité la matrice entre en contraction lorsqu'on laisse pénétrer l'air froid extérieur. Pour la préserver de cette influence pendant les opérations, il la protège avec une éponge imbibée d'une solution tiède de phénol. On peut aussi la couvrir avec des compresses chaudes.

II

Si nous nous reportons à présent à la manière d'agir au cours des opérations abdominales pour les blessures de l'utérus gravide, nous devons nous rappeler que c'est trois opérations auxquelles avaient eu recours les opérateurs dans nos 14 observations : *suture, opération césarienne* seule, ou suivie d'opération de Porro, et *hystérectomie abdominale.* Quelle est la meilleure de ces interventions ? la plus efficace, la plus dangereuse ? Laquelle a donné les meilleurs résultats ? Quels motifs et quelles raisons portaient les chirurgiens à employer tel ou tel moyen ? Nous ne le savons pas !... Les 14 observations ne nous donnent aucun renseignement à cet égard.

Nous avons déjà cité deux cas de blessure utérine pendant l'ablation des polypes fibreux : dans un cas M. Werth a fait immédiatement l'hystérectomie vaginale. Saenger a fait, dans un autre cas, la laparatomie et a suturé la plaie de la matrice. Les malades ont guéri. Mais pourquoi M. Werth a-t-il privé sa

malade de la matrice et M. Saenger n'a-t-il fait qu'une suture? Nous ne connaissons pas leurs motifs...

Nous ne pouvons, en tenant compte des conditions possibles, que déduire théoriquement, par analogie et raisonnement, quelques conclusions nécessaires.

En abordant une opération quelconque, l'opérateur a toujours deux buts à atteindre : la guérison de la malade et la conservation de la grossesse. Voyons maintenant par quels moyens il peut réussir dans les cas de blessure utérine au cours des opérations.

Dans l'article « Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide », des auteurs estimés disent : « Elle (la mort) reconnaît pour cause soit le choc et l'hémorragie, soit l'inspection péritonéale ; c'est ainsi que dans neuf cas de mort que nous avons relevés, nous trouvons l'hémorragie ou le choc signalés cinq fois et les accidents péritonéaux quatre fois. » Appliquant cela aux blessures utérines pendant les opérations et rappelant que ces blessures proviennent dans la majorité des cas des ponctions ou des incisions, qui ne sont d'ailleurs jamais grandes, nous pouvons croire qu'il ne doit y avoir ni hémorragie abondante, ni choc bien considérable. Si la mort arrive par suite de ces deux causes, ce n'est pas la blessure utérine elle-même qui l'a produite, mais plutôt l'opération au cours de laquelle l'utérus a été blessé.

Quant à l'infection péritonéale, voyons ce que nous

apprennent les expériences (1) faites par nos maîtres vénérés sur les lapines pleines.

Quatre laparatomies ont été faites avec tous les soins aseptiques sur quatre lapines pleines ; puis on a fait une plaie à l'utérus gravide : sur deux lapines avec un bistouri ; sur deux autres avec un trocart de 4 millimètres de diamètre. Après l'extraction du fœtus et du placenta chez les premières lapines, les plaies ont été suturées et les parois abdominales ont été fermées par deux plans de suture. Chez les deux autres, les plaies produites par un trocart ont été abandonnées à elles-mêmes et l'abdomen a été fermé aussi soigneusement. Toutes les lapines ont guéri.

Les conditions de ces expériences ressemblent beaucoup à celles des blessures de l'utérus pendant les laparatomies.

Dans tous ces cas la septicité ne doit pas avoir lieu, si l'opération est faite avec tous les soins possibles d'asepsie et d'antisepsie, par ce que la blessure de l'utérus, suivie même de la sortie du liquide amniotique, ne peut pas contaminer la cavité péritonéale par suite du caractère tout à fait particulier et propre aux plaies utérines : tout d'abord le liquide amniotique est aseptique ; puis les parois de l'utérus possèdent des propriétés de rétractilité et de contractilité ; grâce à ces deux qualités, l'orifice a toujours une tendance à se fermer tout de suite, ce

(1) « Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide », par MM. Estor et Puech. (*Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*)

qui empêche le liquide de sortir en grande quantité.

C'est pourquoi la plaie utérine ne peut être comparée en aucune façon à une plaie de l'intestin, par exemple : l'orifice reste béant et l'issue du contenu intestinal, toujours septique, produit une péritonite circonscrite ou généralisée.

Toutes ces réflexions amènent des conclusions positives au point de vue du pronostic, c'est-à-dire que les plaies utérines pendant la grossesse et au cours des opérations abdominales ne sont pas graves et ne peuvent pas par elles-mêmes produire la mort, ni par suite de la péritonite, ni par suite de l'hémorragie ou du choc opératoire, d'autant plus que l'utérus gravide possède quelquefois une tolérance tout à fait particulière.

Nous trouvons beaucoup de preuves de cette tolérance dans l'issue heureuse des diverses et nombreuses opérations pendant la grossesse, dont nous avons fait un court aperçu dans le premier chapitre de ce travail.

Quant à la conduite à tenir, je ne puis renoncer au plaisir de citer l'opinion de mes maîtres vénérés exprimée en ces termes à propos des plaies pénétrantes de l'utérus gravide : « .... convaincus que l'évacuation de l'utérus n'est point une condition indispensable de succès, nous pensons qu'on ne devra y avoir recours qu'en cas de nécessité. »

Si l'évacuation de l'utérus n'est pas indispensable dans les plaies accidentelles et pénétrantes, elle est d'autant moins nécessaire dans les blessures produites par le trocart aseptique.

Et, plus loin, MM. Estor et Puech ajoutent : « dans les cas de plaies de l'utérus ne s'accompagnant pas de délabrement trop considérable, la conservation de l'organe peut et doit être tentée ».

Cette opinion parfaitement juste se rapporte aussi aux blessures de l'utérus pendant les opérations abdominales, dont les conditions sont les suivantes : la blessure est généralement petite ; le milieu opératoire et tout ce qui peut se trouver en contact avec la plaie et le champ opératoire sont stérilisés et aseptiques.

MM. Estor et Puech pensent encore, — « qu'il y aurait exagération à vouloir faire de l'ablation de l'utérus l'unique méthode de traitement applicable à tous les cas où l'organe a été ouvert ».

Je suis tout à fait du même avis et je trouve que l'hystérectomie abdominale totale ou partielle ne doit être employée que dans les cas d'urgence, où la conservation de l'organe est impossible ou dangereuse.

Quant à la continuation de la grossesse — deuxième but à atteindre — je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai déjà dit au sujet de la conduite prophylactique à tenir. C'est-à-dire qu'il faut éviter tout ce qui peut provoquer l'irritabilité et la contraction de la matrice : le refroidissement, l'hémorragie et les complications inflammatoires, qui, par suite de l'élévation de la température, peuvent agir à leur tour sur le produit de la conception et sur l'irritabilité utérine.

RÉSUMÉ

1° En tenant compte de l'asepsie supposée du milieu opératoire, la *suture* peut être estimée comme l'intervention de choix dans les cas de blessure de l'utérus gravide pendant les opérations abdominales.

2° Eviter tout ce qui peut réveiller la contraction utérine : action du froid, élévation de température, hémorragie.

3° Deux principes à suivre : conservation de l'organe et conservation du produit.

BIBLIOGRAPHIE

DSIRNE. — Thèse, Archiv. für gyn., 1892.
REMY. — Thèse d'agrégation de Paris, 1885.
COCARD. — Thèse de Paris, 1896.
Traité de chirurgie, de Duplay et P. Reclus.
Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1899.
Centralblatt f. gynec.
Annales de gynéc., 1890-1893.
Archives de gynéc.
Nouvelles archives d'obstétrique.
Répertoire universel d'obst et de gynéc., 1890-1895.
Medicinskoié obosrenié.
Vratch.
Chirurgie, sous la direction de M. le professeur Diakonoff.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 22 Juillet 1901
Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 20 Juillet 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !